

## University of Groningen

### Hartfalen en hard falen in de gezondheidszorg

van Veldhuisen, D.J.

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

2001

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

van Veldhuisen, D. J. (2001). *Hartfalen en hard falen in de gezondheidszorg*. s.n.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*

## Hartfalen en hard falen in de gezondheidszorg

Oratie prof.dr. D.J. van Veldhuisen, hoogleraar Cardiologie

Mijnheer de Rector Magnificus,  
Zeer gewaardeerde toehoorders

Het hart is letterlijk en figuurlijk een centraal orgaan in het lichaam. De primaire functie van het hart is het rondpompen van bloed, waardoor de weefsels van voldoende voedingsstoffen worden voorzien. Om deze functie goed te kunnen uitvoeren, moet het hart zich eerst goed kunnen vullen, om vervolgens het bloed uit te drijven door samen te trekken. Wanneer het samenspel van deze twee functies niet goed verloopt, *faalt* het hart in zijn primaire taak, en is er sprake van hartfalen.

De behandeling van patienten met hart- en vaatziekten, in het bijzonder hartfalen, is een onderdeel van de Nederlandse gezondheidszorg. Om tot een goede behandeling te komen, dient dit systeem naar behoren te functioneren. Of dit het geval is, wordt ernstig betwijfeld. Men kan dus zeggen dat ook de gezondheidszorg aan het falen is, en ik heb mijn rede dan ook als titel gegeven:

## Hartfalen en hard falen in de gezondheidszorg

Hart- en vaatziekten vormen nog steeds de meest frequente doodsoorzaak in Nederland en zijn verantwoordelijk voor 36% van de totale sterfte. Hierna volgen de kwaadaardige nieuwvormingen en ziekten van de ademhalingsorganen, die verantwoordelijk zijn voor 27%, resp. 10% van de totale sterfte. Hoewel hart- en vaatziekten dus nog steeds een prominente plaats innemen als belangrijkste doodsoorzaak, kan zonder meer gesteld worden dat er in Nederland een succesvol beleid is gevoerd op het gebied van bestrijding van deze aandoeningen. De voor de leeftijd gecorrigeerde sterfte hieraan is de afgelopen 25-30 jaar bij mannen met 44% en bij vrouwen zelfs met 48% gedaald. Deze daling is vooral te danken aan een verminderde sterfte aan ziekten van de kransvaten van het hart, maar ook door een vermindering van het aantal beroertes. We zijn dan ook tegenwoordig in staat bij een deel van de mensen hart- en vaatziekten te voorkomen, of in ieder geval uit te stellen, zodat de eerste presentatie van de ziekte zich pas later voordoet. Deze *primaire preventie* kan door het beter behandelen van hoge bloeddruk of een verhoogd cholesterol, maar ook door anti-rook campagnes, of door het stimuleren van gezond leven. Als een hart- of vaatziekte zich echter toch openbaart, kan tevens adequater

worden opgetreden, en zal er alles aan gedaan worden om nieuwe schade in de toekomst te voorkomen: dit laatste noemen we *secundaire preventie*.

De eerste presentatie van hart- en vaatziekten kan heel acuut zijn, zoals in het geval van een acuut hartinfarct. Er is dan sprake van een afgesloten kransvat en is het zaak zo snel mogelijk het bloedvat open te krijgen, ofwel met medicijnen ofwel door een dotterprocedure. Hoe korter het bloedvat heeft dichtgezet, hoe kleiner de schade aan het hart, hoe beter de pompfunctie blijft behouden, en hoe lager -op termijn- de sterfte. Het uiteindelijke doel moet zijn, minder mensen die de ziekte krijgen, en bij hen die de ziekte reeds hebben, minder klachten en een betere levensverwachting te bewerkstelligen.

Hartfalen is een groot medisch en epidemiologisch probleem, dat in tegenstelling tot andere hart- en vaatziekten niet afneemt, maar juist toeneemt. Hiervoor zijn 3 oorzaken aan te wijzen:

Ten eerste komen er steeds meer oudere mensen, zowel relatief (als percentage van de totale bevolking), als absoluut, dat wil zeggen in totaal aantal. De gemiddelde levensverwachting is in Nederland de laatste 25 jaar gestegen en hart- en vaatziekten nemen sterk toe met de leeftijd. Ten tweede zijn de meeste patiënten met hartfalen mensen, die eerder een infarct hebben doorgemaakt. Door de betere behandeling en daardoor betere overleving na het hartinfarct komen er steeds meer patiënten met een hart dat beschadigd is, dat wil zeggen, dat minder goed pompt en dus kan gaan falen. Als derde belangrijke factor valt aan te merken dat de behandeling van patiënten met hartfalen sterk is verbeterd de laatste 20 jaar, waardoor de overleving groter is. Paradoxaal genoeg zal hierdoor het aantal patiënten met hartfalen ook stijgen.

Door deze 3 ontwikkelingen (vergrijzing, verbeterde overleving na het infarct, en verbeterde behandeling van hartfalen) neemt het totaal aantal patiënten met hartfalen steeds verder toe. Grootschalig onderzoek zowel in Europa als in de Verenigde Staten laat zien dat hartfalen in zo'n 1-2 % van de bevolking voorkomt. Een gemiddelde huisartspraktijk in Nederland zal dus al gauw 40-50 patiënten met hartfalen hebben.

Patiënten met hartfalen zullen een toenemend beroep gaan doen op de bestaande voorzieningen in Nederland, zowel binnen als buiten de ziekenhuizen. Bij lichte vormen van hartfalen kan de patient zichzelf nog goed tot redelijk redden, maar bij ernstig hartfalen is de actieradius minimaal. Een dergelijke patient zit in een stoel of ligt zelfs in bed en is afhankelijk van anderen, waarbij de belasting voor de directe omgeving groot is en een groot beroep op zorgverleners wordt gedaan.

Hartfalen is daarnaast een dodelijke ziekte. De levensverwachting van patiënten met hartfalen is sterk verminderd, en is afhankelijk van de mate van schade aan het hart. Onderzoek heeft aangetoond, dat van alle patiënten bij wie de diagnose hartfalen wordt gesteld, ongeveer de helft na 5 jaar is overleden. Voor patiënten met ernstig hartfalen en klachten in rust is het nog veel beroerder gesteld, want van hen is na één jaar nog maar de helft in leven. Dit betekent, dat hartfalen wat

sterfte betreft vergelijkbaar is met ernstige vormen van kanker. Het is dan ook opmerkelijk dat het vaak als een minder ernstige aandoening wordt gezien.

Hartfalen wordt per definitie veroorzaakt door een tekortschietende pompfunctie, waarbij dit diverse onderliggende oorzaken kan hebben. Het hart kan ook (relatief) falen door het tekortschieten van circulerend volume bij flink bloedverlies of bij aandoeningen als bloedarmoede of een te snel werkende schildklier. Omdat het probleem dan eigenlijk niet in het hart zelf ligt, spreken we in deze gevallen in het algemeen niet van hartfalen.

De meest voorkomende oorzaak van een *verminderde functie van de hartspier* zelf is in de Westerse wereld een doorgemaakt hartinfarct, en deze vorm van hartfalen bedraagt in Nederland wel zo'n 60-70% van het totaal. Een tweede belangrijke oorzaak waarbij er sprake is van een verminderde spierfunctie is bij een afwijking in de spier zelf, hetgeen we een cardiomyopathie noemen. Deze laatste vorm komt nogal eens voor bij jonge mensen en kan uiteindelijk uitmonden in een harttransplantatie.

De hartspier kan ook verminderd gaan functioneren bij langdurig *verhoogde belasting*; dit kan zowel een drukbelasting of een volumebelasting zijn. Het belangrijkste voorbeeld van langdurige *drukbelasting* is verhoogde bloeddruk, maar ook een vernauwde klep kan dit beeld veroorzaken. Teruglekkend bloed door een kapotte klep, maar ook een gaatje in het tussenschot van het hart kan leiden tot langdurige *volumebelasting*.

Bij een verhoogde belasting van het hart gaat de hartspier zich eerst verdikken teneinde meer spiermassa te krijgen om de toegenomen hoeveelheid arbeid te kunnen verrichten. Hoewel dit aanvankelijk een adequate reactie lijkt, ontstaat al snel een te dikke wand, waardoor het hart een deel van zijn soepelheid verliest, stijver wordt, en minder goed gaat vullen. Er is in deze fase niet zozeer sprake van een "knijpprobleem" maar veeleer van een "vulprobleem" van het hart. Interessant is in dit verband te vermelden, dat op oudere leeftijd -ook bij gezonden- de hartspier altijd stijver wordt en dus minder gemakkelijk vult. Bij oudere mensen die daarnaast een van de zojuist genoemde afwijkingen hebben zal het probleem dus dubbel zo snel ontstaan.

Wanneer er beschadiging van de hartspier optreedt en de doorbloeding van de weefsels dreigt tekort te schieten, zal het lichaam een aantal mechanismen activeren om dit te compenseren. Deze acute reactie is vanuit de evolutie gezien onontbeerlijk voor de mens in zijn voortbestaan, en is primair gericht op overleven. Immers, de primitieve mens moest na plotseling bloedverlies zoals bij een grote verwonding ook kunnen herstellen.

Het lichaam reageert na een beschadiging met een versnelling van de pols en verhoging van bepaalde (neuro-) hormonen in bloed, waaronder het adrenaline en noradrenaline, dit alles om het hartminuutvolume op peil te houden. Verder is de reactie gericht op handhaven van vulling van de bloedvaten door

vaatvernauwing en vasthouden van water en zout, ook onder andere door vrijmaking van bepaalde (neuro-) hormonen.

Hoewel deze veranderingen essentieel zijn om te overleven op de korte termijn, hebben ze op langere termijn een nadelig effect. Het verzwakte hart dat overgestimuleerd wordt kan men zich het beste voorstellen als een verzwakt paard waar flink de zweep overheen wordt gehaald. Dit opzweepen heeft weliswaar in eerste instantie enig effect, maar op den duur werkt het ongunstig, door “opbranding”.

Het bijzondere bij hartfalen is, dat na de eerste schade –als die voldoende groot is- de ziekte helaas vanzelf verergert. Anders gezegd, zonder bijkomende nieuwe schade zal de patient zonder ingrijpen in de jaren erna vanzelf meer klachten krijgen. Dit heeft onder andere te maken met aanzwengeling van de bovengenoemde neurohormonen.

Deze laatste “neurohumorale hypothese” heeft een grote rol gespeeld bij het verkrijgen van meer inzicht en bij ontwikkeling van nieuwe mogelijkheden bij de behandeling van hartfalen. In Groningen heeft het onderzoek zich de afgelopen 10 jaar hier op toegespitst en voor dit onderzoek werd in 1997 een grote subsidie verkregen bij de Nederlandse Hartstichting.

De belangrijkste klacht van patienten met hartfalen is een verminderd inspanningsvermogen, zich uitend in moeheid en/of kortademigheid. Aangezien dit een vrij specifiek symptoom is, zal de diagnose in eerste instantie nogal eens moeilijk zijn. Moeheid en kortademigheid zijn sowieso de meest voorkomende klachten zijn waarmee mensen bij de huisarts komen, en een relatief groot gedeelte hiervan berust niet op hartafwijkingen, maar op bijvoorbeeld bloedarmoede, longproblemen, of zelfs psychische problematiek. In een latere fase manifesteert zich hartfalen veelal door vochtophoping of oedeem, waardoor dikke enkels ontstaan of vocht in de longen, met als gevolg kortademigheid, vooral bij platliggen. De diagnose wordt in die fase wel duidelijk, maar de ziekte kan dan al verder zijn voortgeschreden.

Om de diagnose hartfalen niet te missen zal de dokter vooral de voorgeschiedenis in gedachten moeten houden. Iemand die recent een groot infarct heeft doorgemaakt, heeft per definitie een verhoogd risico, maar ook de patient met 20-30 jaar bestaande hoge bloeddruk is in dit verband verdacht.

De huisarts zal op dat moment vaak bloedonderzoek doen, en een electrocardiogram en soms een röntgenfoto van de borst laten verrichten. Hoewel deze onderzoeken een zekere plaats hebben, hebben ze duidelijk beperkingen. Bij een redelijke verdenking op hartfalen bestaat dan ook vaak een indicatie voor het maken van een echocardiogram.

Het verkrijgen hiervan door de huisarts vereist echter in het algemeen verwijzing naar de cardioloog, hetgeen niet altijd wordt gewenst. Vergroting van de toegang tot echocardiografie voor de huisarts zou dan ook te overwegen zijn, waarbij onderzoek naar de meest optimale vorm nog dient plaats te vinden.

Hartfalen is moeilijk te behandelen, omdat schade aan het hart in principe onherstelbaar is. In tegenstelling tot bijvoorbeeld een wond aan de huid, die

volledig kan genezen door vorming van nieuw weefsel, zal een wond in de hartspier niet herstellen. Als een stuk van de hartspier is beschadigd, zoals bijvoorbeeld na een infarct, zal dit verworden tot bindweefsel, en niet meer kunnen pompen. De behandeling is dus gericht op voorkomen van ontstaan, of van verergering van de ziekte. Deze behandeling heeft in principe tot doel de klachten te verminderen en de overleving te vergroten.

Geneesmiddelen spelen een grote rol bij de behandeling van hartfalen. Tot zo'n 20 jaar geleden waren er echter maar weinig mogelijkheden op dit gebied. Het oudste middel bij hartfalen was het digitalis of vingerhoedskruid, dat al zo'n 200 jaar beschikbaar is. Na de tweede wereldoorlog zijn de plastabletten beschikbaar gekomen. Omdat hartfalen bestond uit een verzwakte hartspier, leidend tot vochtophoping, leek de combinatie van digitalis (met als doel versterking van pompkraft) en plastabletten (voor ontwatering) aantrekkelijk. Begin jaren '80 werden voor het eerst vaatverwijders geprobeerd, en als snel bleek dit een gouden greep: niet alleen voelden patienten zich vrij snel beter, maar ook kon de sterfte worden verminderd. Dat laatste was een grote doorbraak, en vooral de zogenaamde ACE remmers bleken in deze klasse van zeer groot belang. In Groningen werd dit al vroeg onderkend, en werd baanbrekend onderzoek verricht door Wiek van Gilst en Pieter de Graeff.

Eind jaren '80 ging de farmaceutische industrie zich met zijn volle gewicht op hartfalen richten. Het werd duidelijk dat (chronisch) hartfalen een "epidemie" zou worden, waarbij gezien het grote aantal patienten en de langdurige behandeling grote belangen in het spel waren. Er werden vele grote onderzoeken opgezet, waarin de waarde en plaats van nieuwe geneesmiddelen "bovenop" bestaande therapie werd onderzocht. Vaak leken nieuwe geneesmiddelen in kleinschalig onderzoek gunstig te werken, maar wanneer het middel vervolgens op grote schaal werd uitgetest, mede om het effect op overleving te toetsen, vielen vele middelen "door de mand".

Ook in Nederland wordt op grote schaal aan deze onderzoeken of trials meegedaan. De cardiologie staat in Nederland op een hoog peil, en staat internationaal zeer goed aangeschreven. De acht academische centra zijn georganiseerd in het ICIN (InterCardiologisch Instituut Nederland), en de niet academische ziekenhuizen zijn verbonden via het WCN (Werkgroep voor Cardiovasculair onderzoek in Nederland). Ook in Groningen zijn wij hier vanaf het begin actief bij betrokken geweest. Prof. Henk Lie, het toenmalige hoofd van de afdeling cardiologie van het AZG, onderkende al vroeg het belang van dit "nieuwe ziektebeeld" en haalde het hartfalen onderzoek naar Groningen. Hij adviseerde mij me hierop te gaan richten en uiteraard volgde ik -als assistent- zijn advies op, waarvan ik nooit spijt heb gekregen. In deze periode (eind jaren 80') raakten wij ook betrokken bij het eerste echte Nederlandse "multicenter" hartfalen onderzoek: de DIMT (Dutch Ibopamine Multicenter Trial).

Het was een enerverende tijd, waarbij we samen met afdeling Interne Geneeskunde, in het bijzonder Armand Girbes, erg leuk en innovatief onderzoek hebben gedaan. In 1993 ben ik ook op dit onderwerp gepromoveerd, en rond die tijd waren de verwachtingen ten aanzien van het onderzochte middel ibopamine nog hooggespannen. Toen dit daarna op grote schaal werd onderzocht in PRIME-II, bleek er echter een ongunstige invloed op lange termijn te zijn, hetgeen het einde van dit middel betekende.

Terugkijkend zijn er uiteindelijk maar weinig middelen echt een aanwinst gebleken als toevoeging aan de bestaande medicatie (ACE remmers en plastabletten, met of zonder digitalis) bij de behandeling van hartfalen. Een duidelijke uitzondering vormen echter de beta-blokkers, die een vermindering van ziektesymptomen en sterfte met wel zo'n 35% geven. Dit laatste is zonder meer opmerkelijk te noemen, omdat deze middelen de pols vertragen en de hartspier afremmen. Toen ik geneeskunde studeerde leerden wij om die reden dat je deze middelen nooit aan patienten met hartfalen moest geven. Door nieuwe inzichten, zoals de hiervoor besproken neurohumorale hypothese, waarbij het hart als het ware te veel wordt opgezweept, werd vermindering van dit opzwepen verondersteld mogelijk gunstig te kunnen zijn.

Bovengenoemd onderzoek met beta-blokkers toont duidelijk aan dat inzichten in de ziekte leidt tot ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, met als oogmerk betere behandeling en overleving voor de patienten. Wat de afgelopen jaren duidelijk is geworden, is dat de farmaceutische industrie een grote stimulans is van veel onderzoek, ook op het gebied van hartfalen. Deze bedrijfstak beschikt over veel grotere financiële middelen dan de reguliere subsidiegevers, en zeker bij hartfalen is de markt in potentie erg groot. Hoewel de mogelijke opbrengsten dus erg groot kunnen zijn, zijn de risico's voor de sponsor navenant. De afgelopen jaren hebben veel meer onderzoeken uiteindelijk een negatief resultaat opgeleverd, dan een positief. Dit is een enorm risico voor een farmaceutisch bedrijf, en kan alleen gedragen worden door enkele grote firma's. Juist omdat bij patienten met hartfalen al veel middelen worden gegeven, wordt de extra medische opbrengst van een nieuw toe te voegen middel steeds moeilijker te bewijzen, en zijn duizenden patienten vereist. Dergelijke onderzoeken kosten vele honderden miljoenen guldens (of binnenkort EURO's) en bij een slecht resultaat kan het zelfs leiden tot het totaal terugtrekken van het middel, ook voor een andere indicatie waarvoor het reeds op de markt was, zoals bijvoorbeeld hoge bloeddruk. Farmaceutische bedrijven dragen dus enerzijds bij aan verbeterde behandeling van patienten. Anderzijds is er veel kritiek omdat zij uiteraard primair een winstoogmerk hebben, hetgeen lang niet altijd in het belang van de patient is. Om deze reden worden bijvoorbeeld "negatieve" resultaten lang niet altijd gepubliceerd, of slechts in zeer beperkte vorm om het product niet te schaden. Overigens moet hierbij worden opgemerkt, dat ook de redacties van tijdschriften in dit opzicht boter op hun hoofd hebben, omdat het algemeen bekend is, dat negatieve onderzoeksresultaten moeilijk gepubliceerd te krijgen zijn, terwijl het belang

ervan soms zeker zo groot is. Een ander probleem is dat er ook *zogenaamd* onderzoek wordt verricht, dat eigenlijk niet bedoeld is om nieuwe inzichten te verkrijgen, maar louter commerciële belangen dient, hetgeen ook wel “seeding” (ofwel “zaaien”) wordt genoemd. Mijns inziens is dit zonde: de sponsor krijgt een slechte naam, en het geld hiervoor zou veel beter kunnen worden gebruikt. Resumerend denk ik dat de farmaceutische industrie een grote rol heeft gespeeld en nog steeds speelt bij de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, waarvan echt niet alleen zichzelf, maar ook de patienten op grote schaal hebben geprofiteerd. De slechte naam die zij om deze reden bij sommigen hebben is dan ook niet terecht, en het nut van het recente aanscherpen van de regelgeving op dit gebied kan dan ook worden betwijfeld. Anderzijds zijn er zaken die moeten worden verbeterd. Het zou sterk te overwegen zijn, om bij grootschalig, kostbaar onderzoek een soort belasting te heffen (waarbij het percentage lager is bij belangrijk goed onderzoek, maar snel oploopt bij niet-relevant “seeding” onderzoek), en dit geld te stoppen in een pot waaruit vervolgens ander onderzoek kan worden betaald. Vervolgens zou een commissie van erkende wetenschappers dit geld moeten alloceren naar goed onderzoek, dat geen financiële stek kan krijgen, zoals dat nu ook gebeurt bij de andere reguliere subsidiegevers. Ik daag de betrokken personen van beide partijen uit om na te denken over dit idee.

Wat zijn er voor nieuwe ontwikkelingen bij de behandeling van hartfalen te verwachten? Er is grote vooruitgang geboekt op genetisch gebied hetgeen grote mogelijkheden met zich meebrengt. Zo kunnen van allerlei genen varianten worden onderzocht die een verhoogd risico betekenen voor de betrokkenen, en kan worden bepaald of bepaalde genen “aan” of “uit” staan. Dit zal waarschijnlijk leiden tot meer gerichte therapie voor bepaalde groepen van patienten. Ook zijn we tegenwoordig in staat om bepaalde genen “in te brengen” in het hart, waardoor zij vervolgens ter plaatse bepaalde processen (zoals nieuwvorming van bloedvaten, maar mogelijk ook vorming van hartspiercellen) kunnen bevorderen. Met name het inbrengen in het hart van cellen (uit het beenmerg) die nog niet gedifferentieerd zijn, ofwel die nog in een soort basale vorm zitten, en vervolgens zich nog kunnen specialiseren, kan mogelijk een grote stap vooruit betekenen. Dit zou het tevens uitgangspunt dat schade aan het hart altijd onherstelbaar is, op zijn kop zetten, met natuurlijk vele nieuwe mogelijkheden. Ook in Groningen werken wij aan deze technieken en met het mogelijk realiseren van een eigen afdeling Experimentele Cardiologie kan dergelijk onderzoek natuurlijk in een stroomversnelling komen.

Naast dit zeer basale onderzoek, wordt aan de “andere kant van het spectrum” ook volop gewerkt. Hartfalen is zoals gezegd een aandoening met een grote ziektelast, gepaard gaande met hoge kosten voor de maatschappij. Het is momenteel de meest voorkomende oorzaak voor ziekenhuisopnames bij ouderen, en vooral die opnames zijn natuurlijk kostbaar: 70% van alle kosten bij patienten met hartfalen zitten in deze opnames. Begeleiding van patienten door onder andere gespecialiseerde verpleegkundigen, met als doel betere



bewustwording van de ziekte maar ook beter gebruik van de -vaak veelvuldige- medicatie lijkt aantrekkelijk.

Op korte termijn gaan wij vanuit Groningen, samen met Tiny Jaarsma, een grootschalig onderzoek starten naar de waarde en plaats van deze interventie bij patiënten met hartfalen. Dit onderzoek hebben we COACH genoemd, hetgeen staat voor Coordinating study evaluating Outcome of Advising and Counseling in Heart failure. Het is een exclusief Nederlandse onderzoek en wordt bij meer dan 1000 patiënten uitgevoerd. In zijn soort wordt dit het grootste dat ooit in de wereld is verricht. Uiteraard is het een zeer kostbaar project, waarvoor geen de aard van het onderzoek geen steun van de farmaceutische industrie kan worden verkregen. We zijn dan ook zeer gelukkig en trots dat de Nederlandse Hartstichting bereid is gevonden dit project te ondersteunen. Zij verdient hiervoor zeer veel lof en waardering, en wij zullen ons maximaal inzetten om dit project tot een goed einde te brengen.

Ik heb het tot nu toe met U gehad over *hartfalen*, het falen van het hart als probleem in de gezondheidszorg, maar in het tweede deel wil ik spreken over de gezondheidszorg, die mijn inziens momenteel ook *hard aan het falen is*.

Nederland is één van de hoogst ontwikkelde landen ter wereld. Net als in veel andere ontwikkelde, Westerse landen is een goede gezondheid voor het merendeel der Nederlanders het allerbelangrijkste in hun leven. In 2001 wordt ongeveer 82 miljard gulden besteed aan de gezondheidszorg, hetgeen 8.5% betekent van ons Bruto Nationaal Product.

Deze getallen klinken indrukwekkend, maar zijn bepaald niet aan de hoge kant, en moeten in perspectief worden bekeken. Zo is het absolute bedrag wel gestegen de afgelopen jaren, maar is er relatief sprake van een daling en was in 1994 dit percentage in Nederland nog 9.5%. Ook is dit getal van 8.5% nu lager dan dat van diverse ons omringende landen, zoals Duitsland (bijna 11%), en Frankrijk en Zwitserland (beide 10%), terwijl het ongeveer gelijk is met een aantal andere landen in de regio. Alleen het Verenigd Koninkrijk zit beduidend lager (7%), terwijl de Verenigde Staten daarentegen juist veel hoger zit (14%).

Ondanks de toch forse investeringen in de gezondheidszorg in Nederland is de tevredenheid van het Nederlandse volk over de “zorg” aan het dalen, en is er toenemend sprake van ongewenst lange wachtlijsten. Ook is bij een recente beoordeling door de Wereld GezondheidsOrganisatie (WHO) Nederland vanuit de top verdwenen, en staat het nu op een 17e plaats, achter diverse in onze ogen veel minder ontwikkelde landen.

Dit lijkt een ongunstige en ook teleurstellende ontwikkeling, niet alleen voor de patiënten, maar ook voor de kleine miljoen mensen die in de gezondheidszorg werkzaam zijn. Ook een verklaring is niet direct te geven, maar ik zal een aantal punten bespreken, die in ieder geval laten zien dat de problematiek zeer complex is, dat er vele spelers in het krachtenveld zijn. Daarnaast blijken de getallen

nagenoeg altijd te verschillen en kunnen ze vaak op vele manieren worden uitgelegd.

Zoals ik hiervoor al zei, is de gemiddelde leeftijd is de afgelopen 50 jaar sterk toegenomen, en het aantal mensen boven de 65 jaar stijgt explosief. Vele ziekten, vooral die met een chronisch karakter, manifesteren zich pas op oudere leeftijd. De combinatie van meer ouderen die meer ziekten hebben, betekent een exponentiële stijging van de zorgbehoefte en derhalve de kosten, en we spreken van “dubbele vergrijzing”. De gemiddelde leeftijd is onder andere gestegen door toepassing van dure en hoogwaardige technologische apparatuur. Hierdoor nemen de mogelijkheden qua diagnostiek, dus het aantonen van een ziekte, en behandeling flink toe. De gevolgen hiervan voor de gezondheidszorg zijn groot en ik zal een voorbeeld geven.

Een jonge patient met pijn op de borst, die niet direct verdacht lijkt, en die geen enkele risicofactor heeft op het krijgen van hart-en vaatziekten (en dus een *a priori* zeer lage kans heeft op de ziekte) zou vroeger naar zijn huisarts gaan, en die zou hem of haar gerust stellen. Tegenwoordig verlangt een dergelijke patient vaak verwijzing naar de cardioloog. Er wordt een hele rits aan onderzoeken verricht, omdat de dienstdoende arts niet het verwijt wil krijgen dat hij iets over het hoofd heeft gezien. Iets *niet* doen kan namelijk geïnterpreteerd worden als *nalatigheid*, en dat is een doodzonde onder artsen. Geen van de standaard onderzoeken is waterdicht in het opsporen van een eventuele afwijking, en zelfs als alles normaal is kan de patient de ziekte nog hebben (een fout-negatieve uitslag). Andersom kan er ook een fout-positieve uitslag zijn, dat wil zeggen: er is geen ziekte, maar de test is -ten onrechte- afwijkend. Dit geeft onzekerheid, zowel bij de behandelend arts als bij de patient en leidt tot een enorme “overdiagnostiek”. Een goed voorbeeld hiervan is het zeer hoge aantal hartcatheterisaties in de Verenigde Staten die onterecht worden verricht, namelijk ter geruststelling en om zich in te dekken tegen aansprakelijkheid.

Op het gebied van behandeling is de situatie vergelijkbaar. De mogelijkheden tot behandeling van allerlei ziekten zijn enorm toegenomen. Hiervoor is al besproken dat er steeds meer geneesmiddelen en technieken komen, en zeker de nieuwe zijn kostbaar. Ook in de cardiologie zijn de ontwikkelingen nauwelijks bij te houden. Zo was de behandeling van het acute hartinfarct –waarbij een afgesloten kransvat leidt tot afsterven van een stuk hartspier- zo’n 15 jaar geleden afwachten en observeren. Sindsdien is er een scala aan nieuwe, die overigens allemaal wel hebben geleid tot een verdere verlaging van de sterfte. Zo kwamen er achtereenvolgens middelen om het stolsel in het bloedvat op te lossen, daarna werd het bloedvat opengemaakt met een ballon ofwel dotterprocedure, en nog later bleek het plaatsen van een stent (een soort stalen veertje) nog beter te zijn. Het zal echter duidelijk zijn, dat elke extra ingreep duizenden guldens kost.

Vermeld in dit kader dient ook nog het snel toenemende fenomeen van de “second opinions”. Dit brengt een enorme extra belasting (en derhalve kosten)

met zich mee, maar in de huidige tijdsgeest is het moeilijk af te remmen. Daarnaast zal een relatief gering percentage second opinions vanuit de perifere ziekenhuizen al snel een forse belasting voor een academisch ziekenhuis betekenen. Ook over het uiteindelijke effect kan vaak worden getwijfeld.

Resumerend kan dus worden gesteld dat -zeker in de cardiologie, maar ook in andere vakken- in korte tijd veel meer mogelijk is geworden op het gebied van onderzoek en behandeling, en dat ook steeds meer patienten daarvoor in aanmerking komen. Zeker in een hoogontwikkeld land als Nederland wordt dit niveau niet alleen verwacht, maar ook geëist.

Relevant is dan ook niet de vraag of we het kúnnen, maar of we het wíllen betalen. Het vervelende is alleen, dat dit dilemma niet door de werkers in de gezondheidszorg zelf kan worden beantwoord, maar door de politiek moet worden opgelost.

Los van deze genoemde “technologische” ontwikkelingen, is direct hieraan gerelateerd de prijs, die moet worden betaald voor de inzet van veel extra, veelal hoog geschoold en dus duur personeel.

Het werken in de gezondheidszorg is de laatste 20 jaar enorm veranderd, waarbij er qua mogelijkheden een enorme vooruitgang is geweest, maar het voor de werkers in de gezondheidszorg niet alleen maar beter is geworden. Ook de wereld in het algemeen is sterk veranderd en dit heeft ook een grote invloed gehad op de gezondheidszorg. Vroeger had zowel het beroep van dokter als dat van verpleegkundige een zekere uitstraling en werd vaak het woord “roeping” gebruikt. Het maken van soms extreem lange dagen werd door de dokter als normaal, en door de patient als vanzelfsprekend ervaren. De relatie tussen behandelaar en patient was gebaseerd op onderling vertrouwen, en de patient ging er vanuit dat de dokter wel het beste met hem voor zou hebben.

Begrippen als “inzet voor de gemeenschap en je medemens” en “betrokkenheid” hebben plaats gemaakt voor “assertiviteit” en “gaan voor jezelf”. Werken in de gezondheidszorg -tegenwoordig overigens vaak eufemistisch alleen nog “zorg” genoemd- lijkt hier niet direct bij te passen, en eigenlijk is hier dus sprake van een “imagoprobleem”. Werken in de zorg veronderstelt en vereist een zekere zorgzaamheid, ofwel een wezenlijke interesse in, en empathie met de medemens. Dit geldt uiteraard voor de ziekenverzorger of verpleegkundige die een oudere medemens moet wassen of verschonen. Het geldt echter evenzeer voor de dokter die op zijn spreekuur goed moet luisteren naar zijn patient, om er zodoende achter te komen wat het probleem is. Hier begint evenwel de schoen te wringen. Om al deze vormen van “zorg” goed te verlenen, dient aan een aantal voorwaarden te zijn voldaan, die er vaak niet meer zijn.

Eén van de belangrijkste voorwaarden is de factor tijd, waaraan vaak een gebrek is. Wanneer bovengenoemde zorg echt met compassie en aandacht zou worden verricht, zou de hoeveelheid verricht werk sterk teruglopen. In een systeem, waarin de productie direct bepalend is voor het inkomen zal dit moeilijk te

realiseren zijn. Een andere bijkomende psychologische factor is het feit, dat het aangaan van een vertrouwensrelatie per definitie kwetsbaar maakt: immers de behandelaar raakt zelf betrokken, terwijl het bewaren van een “professionele” afstand juist één van de zaken is die in de medische opleiding al dan niet bewust, en mede ter eigen bescherming, wordt aangeleerd.

Een oude karakterisering van de geneeskunde luidt: “Genezen: zelden, verlichten: vaak, troosten: altijd”. Het beeld dat vele mensen van de geneeskunde hebben is echter heel anders, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg. In de media wordt ons verteld dat de “sky the limit is”, en uitleggen aan een patient dat iets niet meer mogelijk of haalbaar is, wordt nauwelijks geaccepteerd. Overigens geldt dit ook voor het feit, dat dokters vandaag de dag niet meer 24 uur per dag, en 7 dagen per week bereikbaar zijn; de patient begrijpt het rationeel wel, maar emotioneel vindt hij het toch moeilijk te accepteren. Hier geldt ook vaak, dat wat maatschappelijk (voor de anonieme “ander”) als norm wordt gehanteerd, uiteindelijk individueel (voor zichzelf) niet wordt geaccepteerd. Een voorbeeld is een dure behandeling, waarvan de maatschappij vindt, dat dit boven een bepaalde leeftijd niet meer moet gebeuren. Wanneer het dan ineens de persoon zelf betreft ligt het plotseling anders, en wordt het soms zelfs via de rechter afgedwongen.

In dit kader moet ook zeker de sterke toename van het aantal klachten van patienten worden genoemd. Hierbij is opmerkelijk dat de meeste klachten problemen in de communicatieve sfeer betreffen, gevolgd door klachten als gevolg van teleurstelling aangaande een wel verwachte, maar niet gekregen behandeling of het resultaat daarvan. Natuurlijk is het systeem van toetsing en verantwoording afleggen juist, en uiteraard maken artsen net als andere mensen fouten (!), maar er is ook een keerzijde. De dreiging van klachten kan namelijk gemakkelijk leiden tot een defensieve geneeskunde, en tot verschraling van de communicatie, waarbij de dokter zo weinig mogelijk zijn nek uitsteekt.

Ook de problematiek rond euthenasie wil ik aankaarten. Vooral huisartsen worden hiermee geconfronteerd. Een dergelijk verzoek betekent veel werk maar ook veel spanning en onrust, vooral omdat er een discrepantie bestaat tussen wat patienten op dit gebied verwachten (en soms eisen) van hun behandelaar en wat er wettelijk is vastgelegd. De meeste artsen nemen hier desalniettemin toch hun verantwoordelijkheid, maar zelfs als zij volledig volgens het boekje werken, kunnen zij toch strafrechtelijk worden vervolgd. De politiek weigert een uitspraak te doen, en de minister laat proefprocessen “ontstaan” om op die manier jurisprudentie te verzamelen, die zij vervolgens kan gebruiken. De betrokken artsen worden uiteraard beschadigd, en het is de vraag of deze gang van zaken erg chique is.

Niet alleen de relatie arts-patient is verder onder druk komen staan, ook het carrière-perspectief in de gezondheidszorg is onzeker. Ten opzichte van het bedrijfsleven zijn de inkomens de laatste 20 jaar relatief achter zijn gebleven.

Verpleegkundigen kunnen door middel van avond- en weekenddiensten hun achterstand financieel enigszins compenseren, maar sociaal is dit een nadeel. Artsen verdienen weliswaar meer, maar hun inkomens (en secundaire arbeidsvoorwaarden) zijn ten opzichte van academici werkzaam in het bedrijfsleven duidelijk achtergebleven de laatste jaren. Bij medisch specialisten is er nog steeds een te groot verschil in inkomen tussen dat wat in de “periferie” en dat wat in de “academie” wordt verdiend. Het inkomen is nog steeds afhankelijk van de omzet of productie en niet van de kwaliteit, en vooral in de cardiologie zijn de verschillen zodanig groot, dat slechts weinig jonge collega’s kiezen voor een academische carrière. Het landelijk accoord dat per 1 juni 1999 is ingegaan leidt tot een zeer trage stijging van inkomsten, en bij werkelijke implementatie hiervan zou in de cardiologie in de academische ziekenhuizen geen enkele jonge collega meer te houden zijn.

Uit recent onderzoek blijkt, dat er over 6-7 jaar een tekort van zo’n 150-200 cardiologen wordt verwacht, hetgeen zonder meer zorgelijk is. Momenteel is minstens 70% van de geneeskunde studenten vrouw, en de meesten van hen willen part-time werken. Ook blijft het aantal vrouwen in de cardiologie sterk achter bij dat van andere specialismen. Het is de verwachting dat er ondanks preventieve maatregelen een verdere stijging zal ontstaan van de vraag naar cardiologische zorg. Het is niet ondenkbaar dat er op het gebied van de afwijkingen aan de kransvaten enige verschuiving zal optreden van chirurgische ingrepen naar verschillende dottertechnieken door de cardioloog. Dit alles betekent, dat er snel meer cardiologen zullen moeten worden opgeleid, en ik hoop dat dit op korte termijn zal worden gerealiseerd.

Het probleem van de academische gezondheidszorg is al langer door de Orde van Medisch Specialist (OMS)esignaleerd. In het huidige systeem is productie in de patientenzorg grotendeels bepalend voor de formatie. Daarnaast is de dokter geneigd om prioriteit te verlenen aan zijn patient, reden waarom met het groeiende tekort van academische specialisten de andere twee kerntaken van het academisch ziekenhuis, te weten onderwijs en onderzoek, steeds meer onder druk komen te staan. Het gevolg is, dat voor sommigen de primaire reden om academisch te blijven werken, verval. Deze vicieuze cirkel dient op korte termijn te worden doorbroken, vooral omdat met het afbrokkelen van ruimte voor onderwijs en onderzoek, ook een negatieve wissel op de toekomst wordt getrokken. Verhogen van het aantal studenten is hierbij natuurlijk op langere termijn zeker een oplossing, maar in de tussentijd zullen die grotere aantallen ook moeten worden geacomodeerd, hetgeen een verdere belasting van de academische specilisten betekent.

Het wordt steeds duidelijker dat de drie pijlers van het academisch ziekenhuis (patientenzorg, onderwijs en onderzoek) onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Een belangrijk deel van onze wetenschappelijke productie wordt traditioneel verricht door jonge artsen die eerst een promotieonderzoek doen, en vervolgens in opleiding komen. Het aanbod van research-artsen wordt echter kleiner, waardoor ook de kwaliteit van de assistenten in opleiding op termijn in

gevaar komt. De medische faculteit heeft dit goed onderkend, en initiatieven gestart om dit te voorkomen. Er is een scientific masterclass gevormd, waarin talent vroeg gescout wordt, en ook is recent een zogenaamd MD-PhD programma ontwikkeld, waarin medische studenten tijdens hun studie al kunnen beginnen met een promotie onderzoek, om vervolgens na zo'n 8 jaar beide diploma's op zak te hebben. Het is een prima initiatief, en het getuigt van visie en inzicht in de problematiek. De diverse afdelingen zullen zich zo al vroeg bij de studenten moeten laten zien, om de beste er uit te selecteren voor hun specialisme, hetgeen het onderwijs uiteraard ook weer ten goede komt.

In het licht van bovenstaande is de vorming van een Universitair Medisch Centrum waarin het Academisch Ziekenhuis enerzijds, en de Medische Faculteit anderzijds, volledig zijn geïntegreerd, dan ook sterk toe te juichen. In een aantal steden in Nederland is dit reeds geëffectueerd, en ook in Groningen zijn hiervoor vergevorderde plannen. In een dergelijke setting wordt nog duidelijker de "wetenschappelijke omzet" in de totale productie betrokken, en krijgen alle 3 de kerntaken het krediet dat ze verdienen.

Ik heb U iets proberen te vertellen over het falen van het hart en over het falen van de gezondheidszorg. Met het eerste houd ik mij graag bezig, met het tweede moet ik mij helaas ook bezig houden.

Onderzoek naar oplossingen om het falen van het hart te verminderen doe ik al zo'n 10-15 jaar, maar oplossingen voor het falen van de "zorg" zijn waarschijnlijk veel moeilijker aan te dragen.

Eén van de meest voor de hand liggende oplossingen lijkt toch het structureel verhogen van het totale bedrag, en daarbij het percentage van het nationaal product, dat wij uitgeven aan gezondheidszorg. Nederlanders geven duidelijk aan dat dit een hoge prioriteit is. Het is duidelijk geworden dat de vrije markt niet de oplossing biedt voor alle maatschappelijke kwalen: lees de dienstensector. Nederland is geen BV, en veronachtzaming van de publieke sector leidt mede tot een verval van de beschaving.

Een alternatief is de in Nederland altijd verfoeide privatisering van de zorg, zoals dat in onder andere in het Verenigd Koninkrijk en in de Verenigde Staten bestaat. Dit leidt onvermijdelijk tot een tweedeling, en lijkt mij om dezelfde reden niet direct wenselijk. Wanneer de Nederlandse regering echter niet op korte termijn de problemen structureel anders aanpakt, zullen dergelijke initiatieven nauwelijks tegen te houden zijn.

In de verkiezingsprogramma's voor volgend jaar van alle grote partijen lijkt de gezondheidszorg een belangrijke plaats in te nemen. De ontwikkelingen in de wereld na 11 september j.l. hebben de economie echter negatief beïnvloed, en hopelijk heeft dit geen nadelige gevolgen voor de gezondheidszorg. Ik hoop van ganser harte dat de discussie in Nederland zal leiden tot vruchtbare oplossingen zodat we allemaal, beroepsbeoefenaren en patienten, trots en tevreden zijn en blijven over onze gezondheidszorg.



